

利 用 申 込 書

令和 年 月 日

老人保健施設 ビハーラ寿苑
施設長 様

下記の者貴施設を利用したいので必要書類を添えて申し込みます。

記

利用者

介護保険被保険者番号											
認定の有効期間	R . . ~ R . .										
要介護認定	支援1	支援2	1	2	3	4	5	新規 変更	申請中		
介護保険負担割合	1割		2割		負担限度額認定			無	有		
ふりがな					性別	男	生年月日		年 月 日		
氏 名					性別	女	生年月日		年 月 日		
現 住 所	〒							電話番号			
希望するサービス (複数チェック可)	☐ 介護老人保健施設入所 ☐ 短期入所療養介護 ☐ 通所リハビリテーション										
主 治 医	病院名					主治医氏名					
現在の状況	☐ 在宅生活中 (介護保険サービスの利用 無 ・ 有) ☐ 入院中 (医院・病院) ☐ 入所中 (施設名)										
障害者手帳	無	有	身体 療育 精神 (種 級)				福祉医療費受給資格者証			無 有	

緊急連絡先①

ふりがな			続 柄	
氏 名				
住 所	〒		自 宅 電 話	
			携 帯 電 話	
勤務先 及び 電話番号				

緊急連絡先②

ふりがな			続 柄	
氏 名				
住 所	〒		自 宅 電 話	
			携 帯 電 話	
勤務先 及び 電話番号				